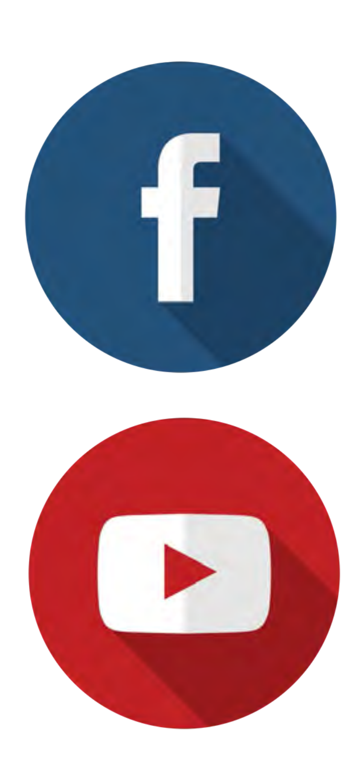
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful





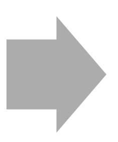


Complications de la maladie ulcéreuse gastroduodénale

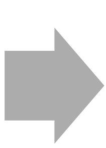
N. Sid Idris
CCB
2017

Définition

L'ulcère gastrique ou duodénal



perte de substance plus ou moins étendue de la paroi digestive **atteint la couche musculaire**

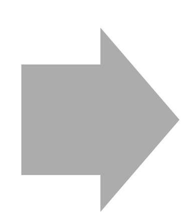


guérit en laissant une **cicatrice**

≠

érosions, abrasions, exulcérations superficielles

- Pas d'atteinte de la couche musculaire



Sans séquelle



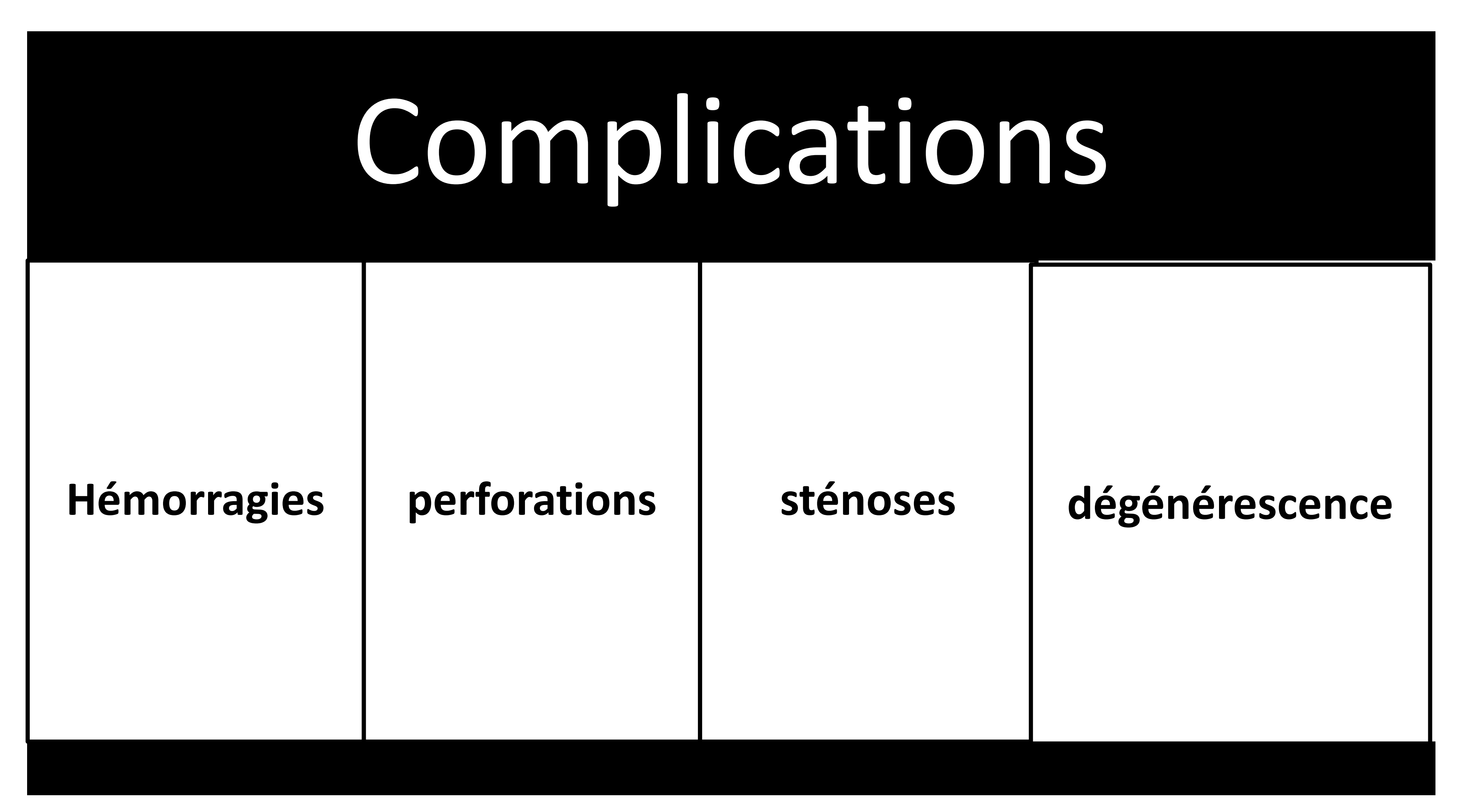


Epidémiologique

- **10 % de la population,**
- **incidence globale de 3 nouveaux cas pour 100 000 habitant**

- **L'ulcère du bulbe est plus fréquent chez l'homme (sex ratio 3/1)**
- **la parité est respectée pour l'ulcère gastrique**

- **infection HP est retrouvée 7 - 9 fois sur dix.**
- **prise AINS augmente 3 - 5 fois le risque d'ulcère gastro-duodénal**
- **AINS → 5% à cours terme et de 30% en cas de traitement prolongé.**


Complications
Hémorragies
perforations
sténoses
dégénérescence

Hémorragie ulcéreuse

- ❑complication la plus fréquente de la maladie ulcéreuse.
- ❑ Qu'il soit gastrique ou duodénal, un ulcère peut se révéler lors d'un épisode hémorragique
- ❑Cède spontanément dans 80 % des cas
- ❑Récidive dans 20% des cas (dans le 3 à 4 premiers jours)
- ❑**Intérêt du traitement endoscopique**
- ❑Gravité → récidives
  inefficacité de l'hémostase par voie endoscopique

Hémorragie digestive
Manifestation clinique

Hémorragie extériorisée

- hématémése
- Méléna
- réctorragie

Hémorragie non extériorisée

- État de choc
- pâleur

Hémorragie digestive
Manifestation clinique

hématémèse



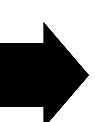
réctorragie



Hémorragie de grande abondance

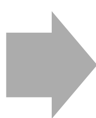
+++++++++

Ulcère de la face postérieur du duodénum



Lésion de l'artére gastroduodénale

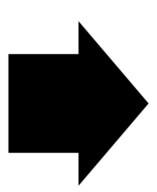
(Saignement en jet)



Hémorragie de grande abondance

+++++++++

Saignement artériel



Déglobulisation rapide

Hémorragie digestive

Biologie

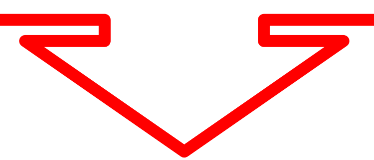
anémie microcytaire hypochrome arégénérative

- ferritine effondrée
- fer et coefficient de saturation bas
- CTF augmentée
- Transferrine basse
- Récepteur soluble de la transferrine élevé (normal ou diminué lors d'anémies inflammatoires)

Hémorragie digestive
Exploration radiologique

Endoscopie digestive haute +++++++

- après rétablissement de l'état hémodynamique,
- dès que possible en cas d'hématémèse, d'hypotension initiale ou persistante
- dans les 12 premières heures en l'absence d'hématémèse et d'état de choc, mais lorsque une sonde naso-gastrique (mis en place avant l'épisode hémorragique) a mis en évidence du sang rouge.
- durant les 24 premières heures dans les autres cas.



- permet de reconnaître la lésion responsable du saignement dans 80 - 90 % des cas
- Affirme le caractère actif ou non de l'hémorragie
- Intérêt thérapeutique +++++



Classification de Forrest

Tableau II. – Classification de Forrest : description et fréquence des différents aspects (d'après [1] et [29]).

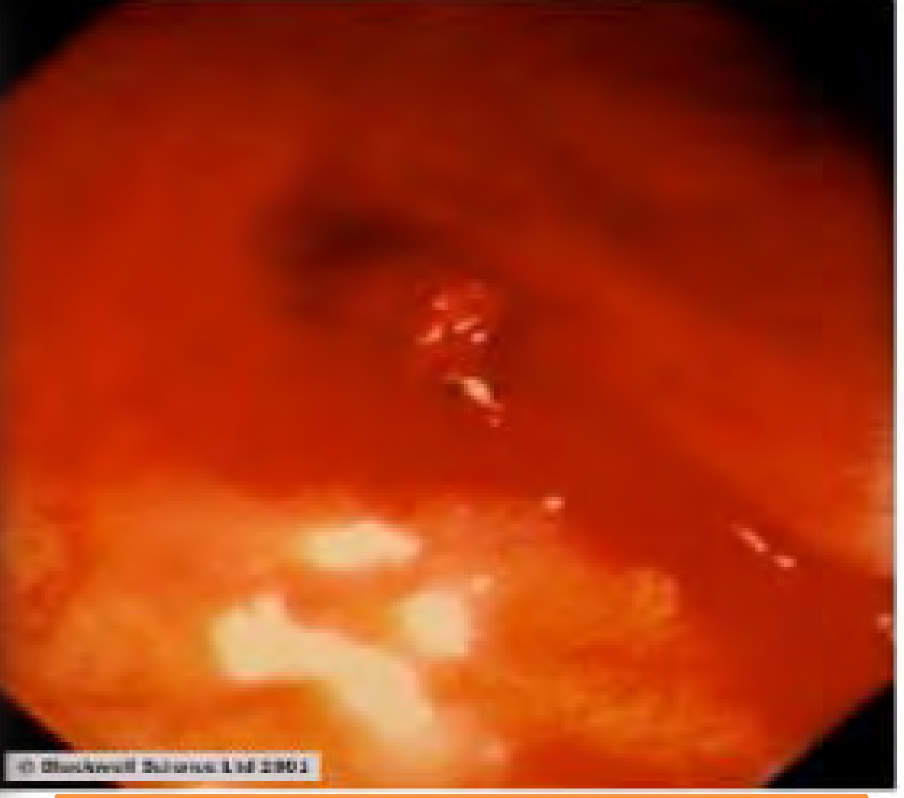
Forrest's classification: description and prevalence (from [1] and [29]).

Forrest		Prévalence (%)
I a	hémorragie en jet	18
I b	suintement diffus	
II a	vaisseau visible non hémorragique	17
II b	caillot adhérent	17
II c	taches pigmentées	20
III	cratère à fond propre	42

Classification Forrest



Ia → Saignement en jet



I b → Hémorragie en nappe

Classification Forrest



Forrest IIb
Caillot adhérent



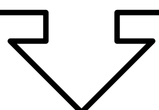
Forrest IIc
Tache pigmentée

Classification Forrest

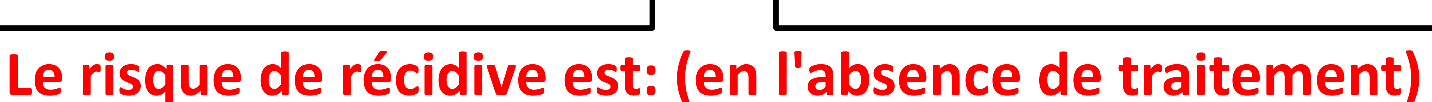


Forrest III
Cratére à fond propre

Classification Forrest



- Forrest I= hémorragie active.
- Forrest II= signes d'hémorragie récente.
- Forrest III = pas de signes d'hémorragie récente.



Le risque de récidive est: (en l'absence de traitement)

- supérieur à 90% en cas d'ulcère Forrest Ia

. 50 % si Forrest IIa.

- inférieur à 50% si Forrest IIc ou III.

Score de Forrest

Type	Description	Prévalence (%)	Récidive hémorragique (%)	Chirurgie (%)	Mortalité (%)
I	Saignement actif en jet (Ia) en nappe (Ib)	18	55	35	11
II A	Vaisseau visible	17	42	32	11
II B	Caillot adhérent	17	22	12	5
II C	Taches pigmentées	20	10	6	3
III	Cratère propre	42	5	0,5	2



Hémoragie ulcéreuse

Traitement

Objectifs

- Traitement de l'état de choc
- Restaurer la déperdition sanguine
- Arrêter le saignement
- Traiter la maladie ulcéreuse
- Eviter les complications et les récidives

Hémoragie ulcéreuse
Traitement

Méthodes

Médicale
- Réanimation ++++++
- IPP (IV à forte dose→ favorise l'agrégation plaquettaire → hémostase
- anti acides

Endoscopique
- Mécanique → clips /Ligature
- Injection → adrénaline /Colle / Sclérose
- Thermiques→ éléctrogulation au plasma argon
  Électrogulation Bipolaire

Radiologie interventionnelle
- Une embolisation par radiologie interventionnelle

Chirurgicale

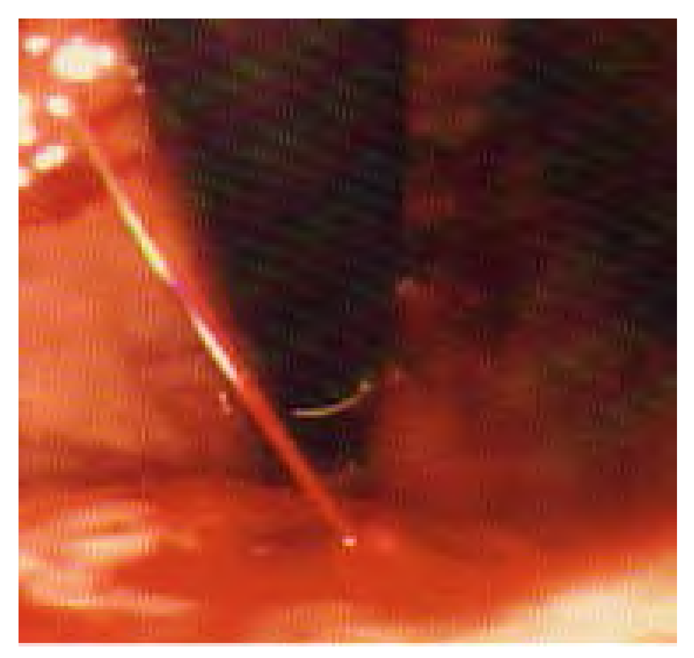
ligature de la GD + vagotomie hypersélective
pose d'un point sur l'ulcère
résection chirurgicale plus complète (antréctomie)

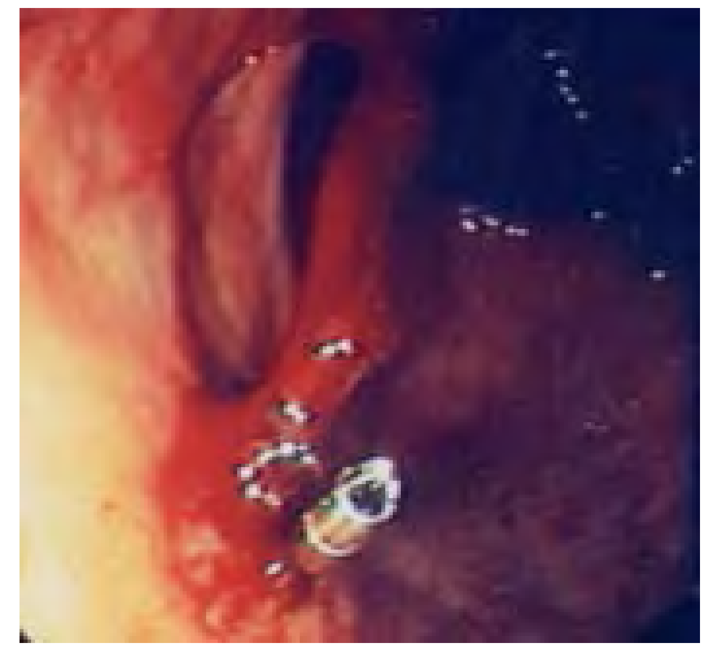
Hémoragie ulcéreuse

Traitement

Méthodes

Clip





Hémoragie ulcéreuse
Traitement

Méthodes

Electrocoagulation au plasma argon

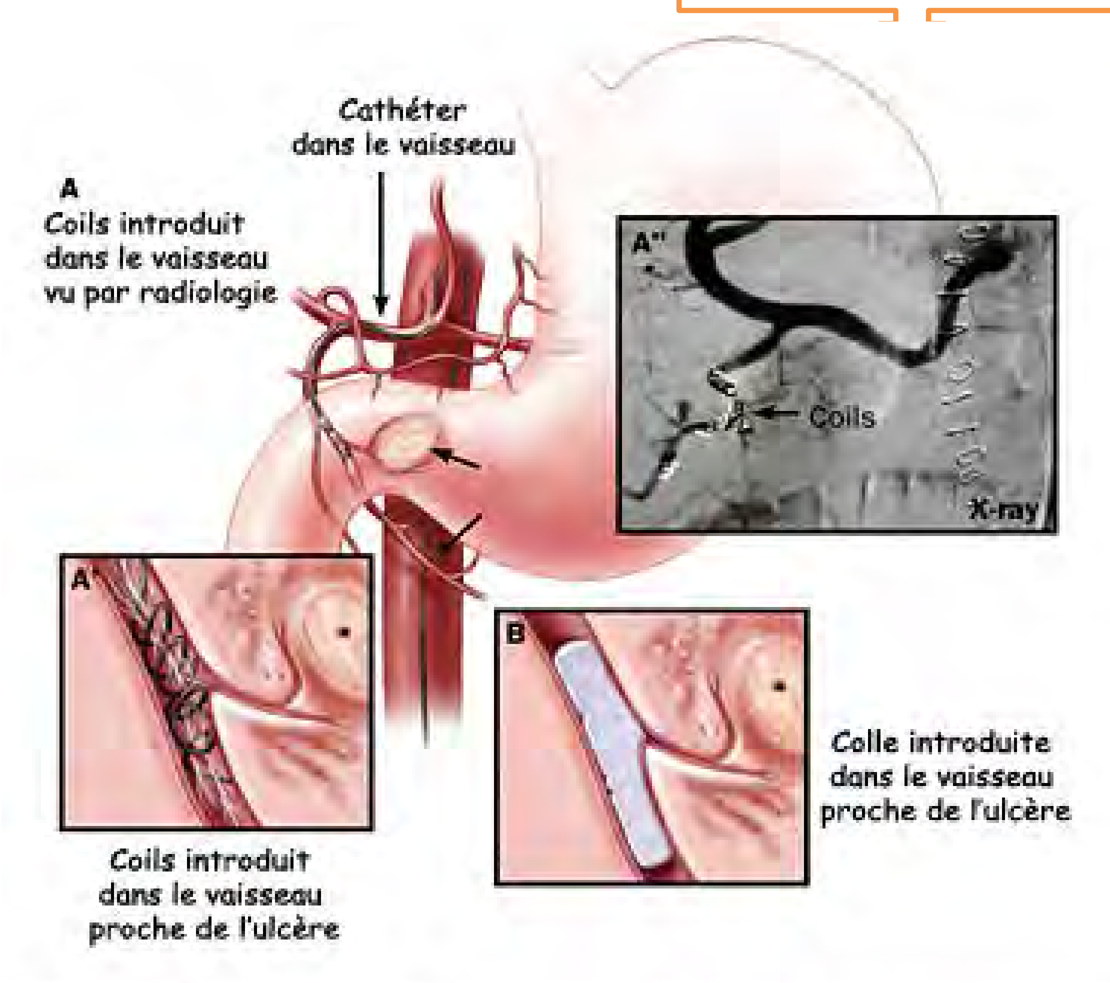




Hémoragie ulcéreuse

Traitement

Méthodes



igure n°2 : Hémorragie digestive traitée par une embolisation

Embolisation

Hémoragie ulcéreuse
Traitement

Indications

Réanimation +TRT médical

Hémostase → 80%

↓

Echec

TRT Endoscopique

↓

Echec /Hémorragie cataclysmique

Chirurgie

Perforation d' ulcère

- ❑3% des urgence abdominales
- ❑ Les ulcères duodénaux +++++.
- ❑ Peut être Inaugurale le plus souvent chez l'homme jeune.
- ❑ L'ulcère siège souvent à la face antérieure ou supérieure du bulbe.
- ❑ Le traitement chirurgical → la suture simple associée à la toilette péritonéale et à l'éradication de l'Helicobacter pylori
- ❑ Complication grave (septicité) → mortalité (6-20%).

Perforation d’ ulcère

Les causes favorisantes :

- **Le jeun prolongé**
- **Les ulcères familiaux**
- **Les ulcères de stress, le syndrome de Z E.**
- **Ulcère de l’enfant.**
- **Ulcères médicamenteux** ; salicylés, anti-inflammatoires et corticoïdes.

Perforation d' ulcère

rupture dans le péritoine libre

Péritonite

Interrogatoire

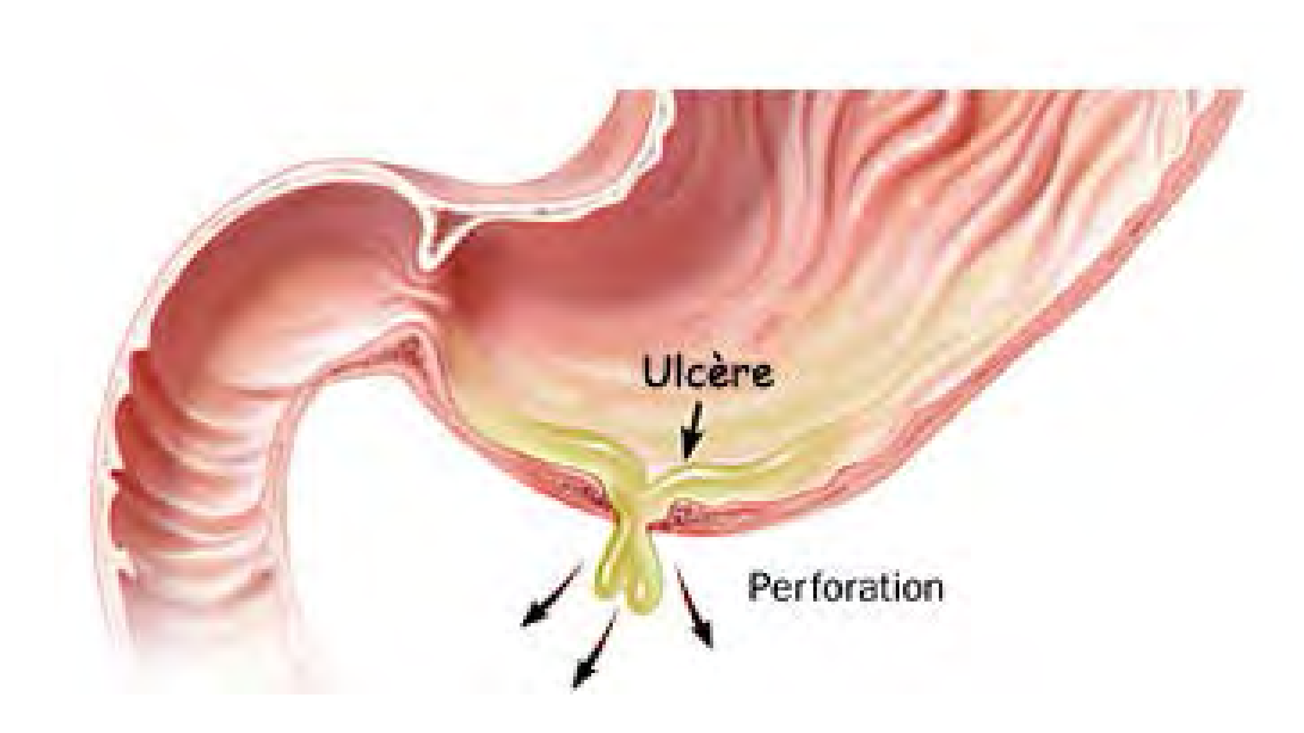
- Les antécédents d'ulcère /épisode d'épigastralgie
- La prise d'anti-inflammatoires

Clinique

- Douleur épigastrique en coup de poignard
- Vomissement / AMG (Iléus biliaire)
- Eta général conservé / Absence de fièvre (péritonite négligée → syndrome inféctieux)
- Contracture abdominale ++++ → douloureuse – invincible – généralisée
- Perte de la matité préhépatique
- TR douloureux → signe l'irritation péritonéale (crie de douglas)

Perforation d' ulcère

rupture dans le péritoine libre



Perforation d' ulcère

rupture dans le péritoine libre

Péritonite

Biologie

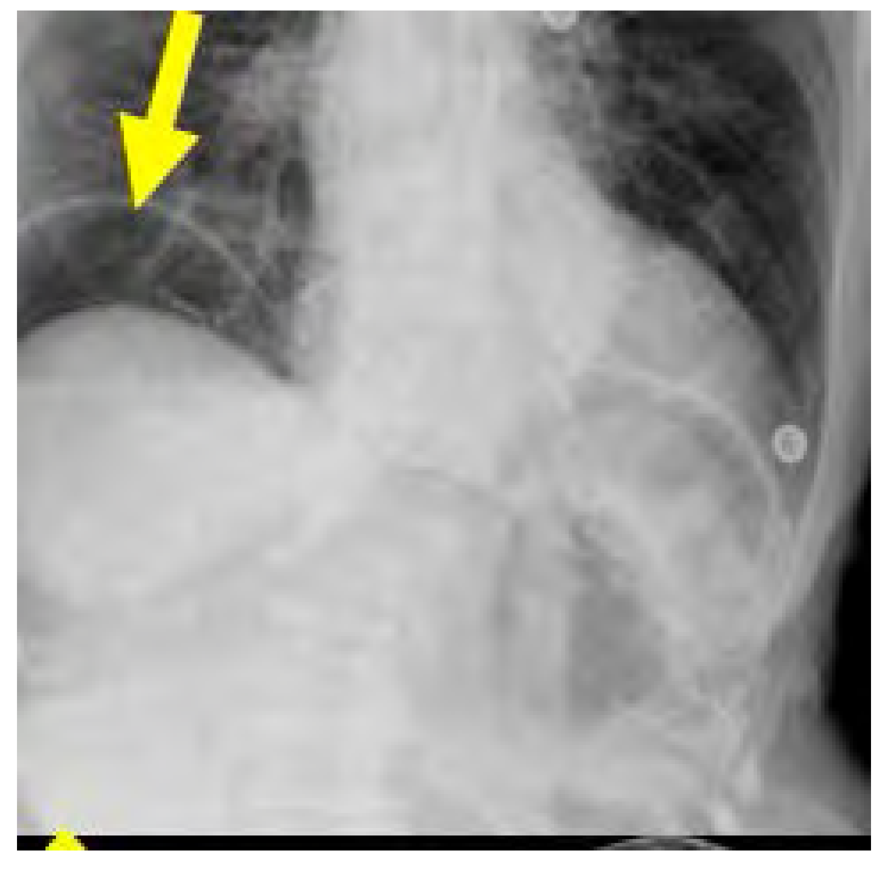
- Sans particularité
- Péritonite négligée → hyperleucocutose / CRP ++

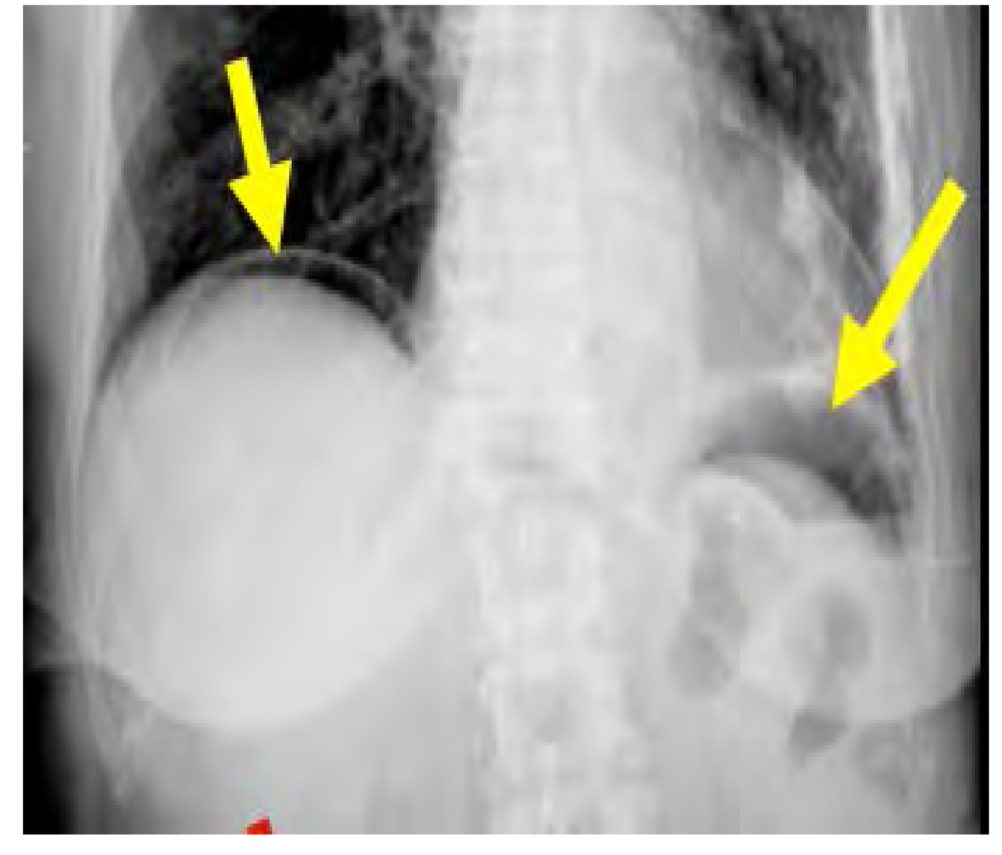
Radiologie

- **ASP → pneumopéritoine +++++**
  (absent dans 30% des cas)
- Échographie abdominale → épanchement intra abdominale

Perforation d' ulcère

ASP Pneumopéritoine





Perforation d’ ulcère

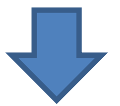
Crises ulcéreuse à répétition → adhérences avec les organes de voisinage (duodénum – colon –épiploon)→ espace cloisonné

La rupture dans un espace cloisonné

Péritonite localisée

diagnostic et alors plus difficile

l’imagerie ++++++ qui met → de l’air extra digestif au voisinage de la région bulbaire.



Pérforation bouchée

Perforation d' ulcère

La rupture dans un organe du voisinage

cholédoque

- Rare → une fistule pathologique cholédoco-duodénale.
- pvt se compliquer d'accidents angiocholétiques.
- ASP → l'image d'aérobilie
- une opacification des voies biliaires lors du TOGD.

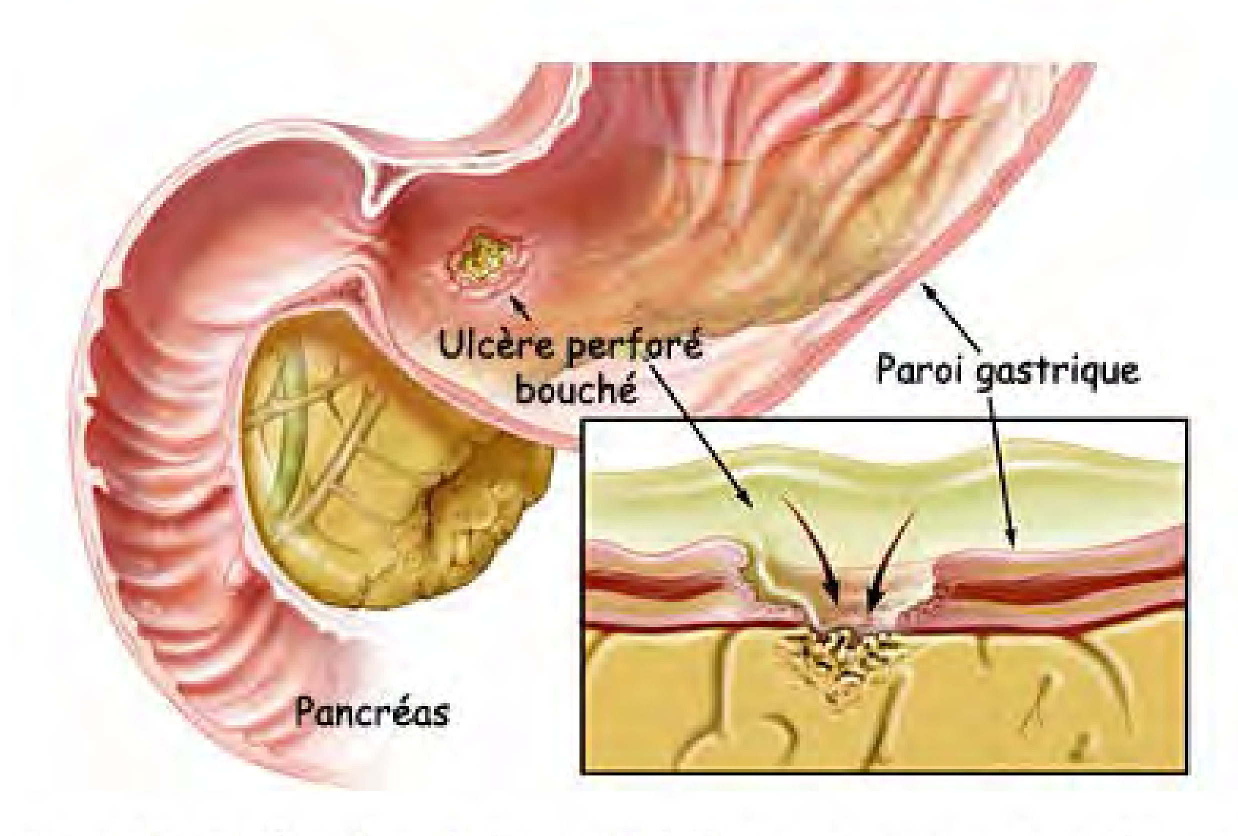
Colon

- ulcères peptiques développés sur une anastomose gastrojéjunale.
- fistule gastro-colique → de dénutrition, présence d'aliments non digérés dans les selles.
- TOGD → lfistule LB → l'estomac est opacifié.

Grêle /duodénum → Rare

Perforation d’ ulcère

La rupture dans un organe du voisinage



gure n°5 : Perforation de la paroi de l'estomac au contact du pancréas

Perforation d' ulcère

Formes cliniques

Formes pseudocholecystique	• tableau de cholécystite aigue
Formes pseudo thoraciques	• Perforation d'ulcére juxta cardial • dyspnée par blocage diaphragmatique d'une cyanose • douleur à irradiation scapulaire
Formes occlusives	• perforations subaiguës du vieillard • Retard de diagnostic • signes occlusifs et péritonéaux • ASP → niveau hydro aérique • Biologie → hyperleucocytose
Formes évoluées	• Péritonite septique → état de choc

Perforation d' ulcère
Traitement

Objectifs

- ❑Calmer la douleur
- ❑ traiter l'infection
- ❑Traiter la maladie ulcéreuse
- ❑Éviter les récidives
- ❑Éviter et traiter les complications

Perforation d' ulcère

Traitement



Méthodes

Médicale

- Réanimation ++++++
- Méthode de taylor
- Aspiration gastrique continue
- Antibiothérapie à large spectre
- Anti sécrétoires
- +/- nutrition parentérale

Chirurgicale

Voie classique ou coelio chirurgie
Toilette péritonéale
Suture de l'ulcère +/- vagotomie,
rarement résection du bulbe

Perforation d’ ulcère

Traitement

Indications



- Perforation moins de 6 heures
- Diagnostic certain
- L’ulcère est bulbaire
- La perforation survient à jeun
- En absence de signes de choc
- Surveillance armée

Chirurgicale

En cas d’échec de la méthode de Taylor

En absence des critères de faisabilité de la technique de Taylor

Sténose

- ❑La sténose est de siège pylorique ou duodénal.
- ❑Elle témoigne de la cicatrisation de plusieurs poussées ulcéreuses antérieures.
- ❑L'efficacité des traitements anti ulcéreux a rendu cette complication exceptionnelle.
- ❑indication chirurgicale absolue avant l'avènement du traitement médical et du traitement endoscopique

Sténose

Clinique

- Au début → Intolérance gastrique avec sensation d'inconfort post prondial
- Anorexie – Amaigrissement
- À la fin → Le tableau clinique est celui d'une occlusion digestive haute
- vomissements alimentaires précoces
- Signes de déshydratation

Sténose

Biologie

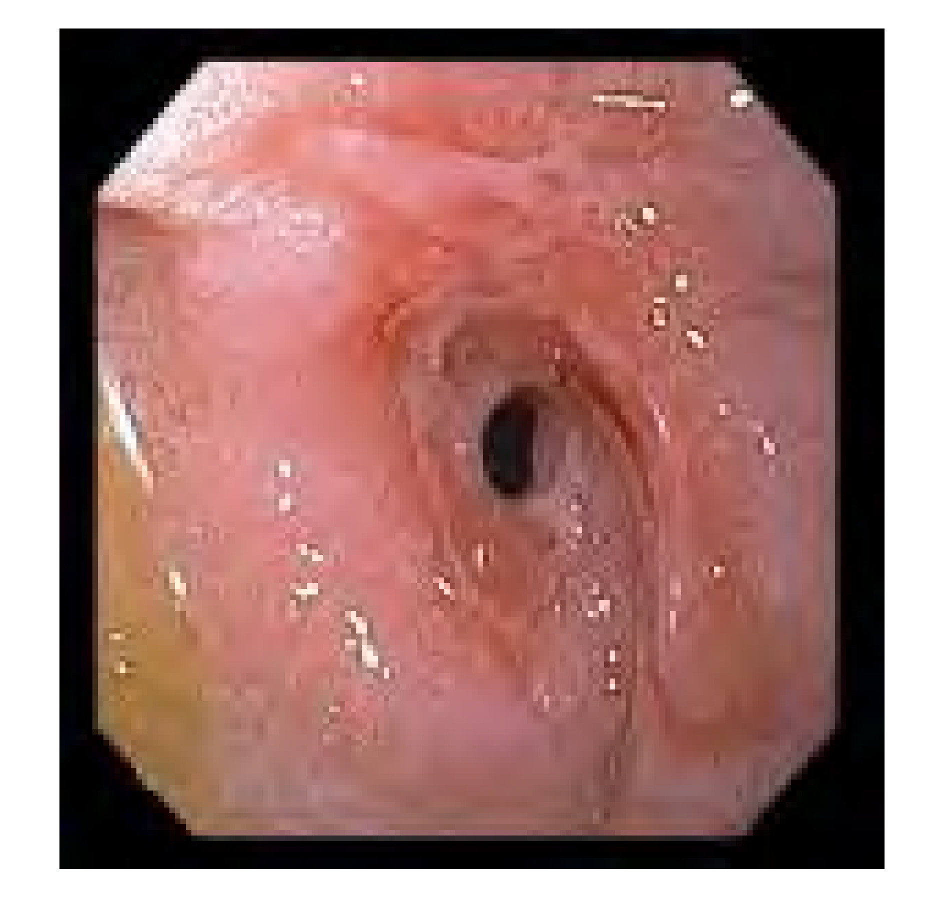
- alcalose métabolique avec hypo natrémie hypo chlorémie hypo kaliémie

Radiologie

- **Endoscopie oeso gastro duodénale →-**
  sténose pylorique (caractére franchissable)
  Estomac de stase
  Biopsie +++++ (éliminer un cancer)
- **TOGD →Visualise la sténose**
  – ses caractéres
  –distension gastrique (estomac en chaussette)
  - Tonicité de l'estomac

Aspect endoscopique de la sténose ulcéreuse





TOGD : Estomac dilaté en chassette

Sténose
Traitement

Objectifs

- Corriger les troubles ioniques dus à la déshydratation et à la dénutrition
- lever l'obstacle
- Traiter la maladie ulcéreuse
- Éviter les récidives
- Éviter et traiter les complications

Sténose
Traitement

Méthodes

Médicale

- **Réanimation ++++++**

endoscopique

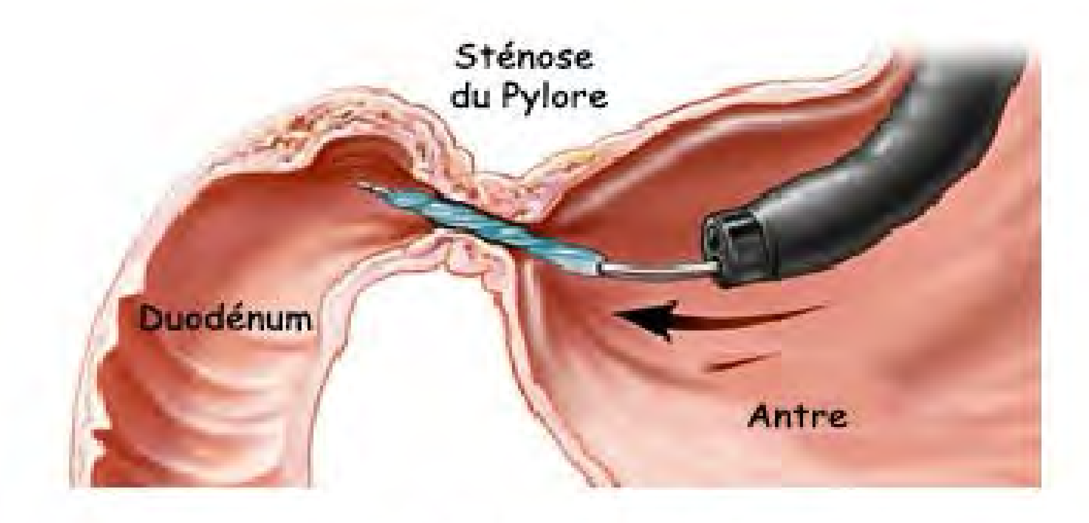
Dilatation +++++ (80% de guérison

Chirurgicale

- -Pyloroplastie
- **-gastro-entero anastomose**
- **- dérivation gastro-jejunale, qui court-circuite la zone de sténose**
- **-traitement de la maladie ulcéreuse par vagotomie tronculaire, sélective ou hyper sélective.**

Sténose

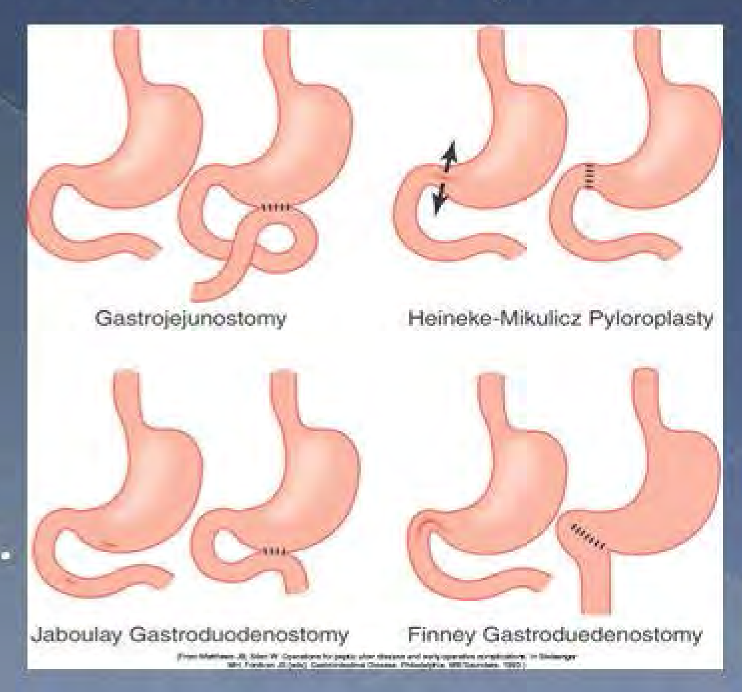
Dilatation endoscopique



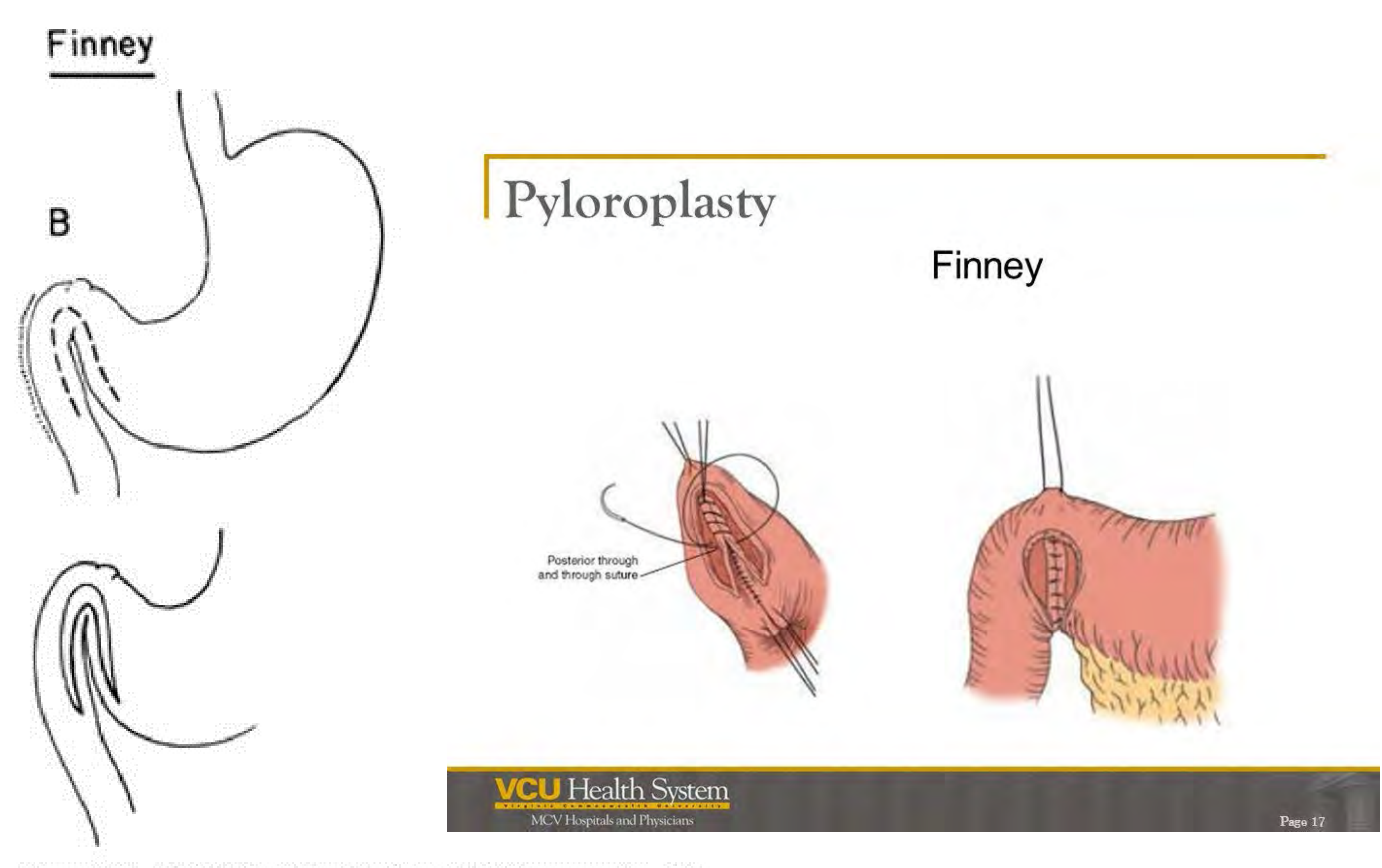


Vagotomie + procédure de drainage

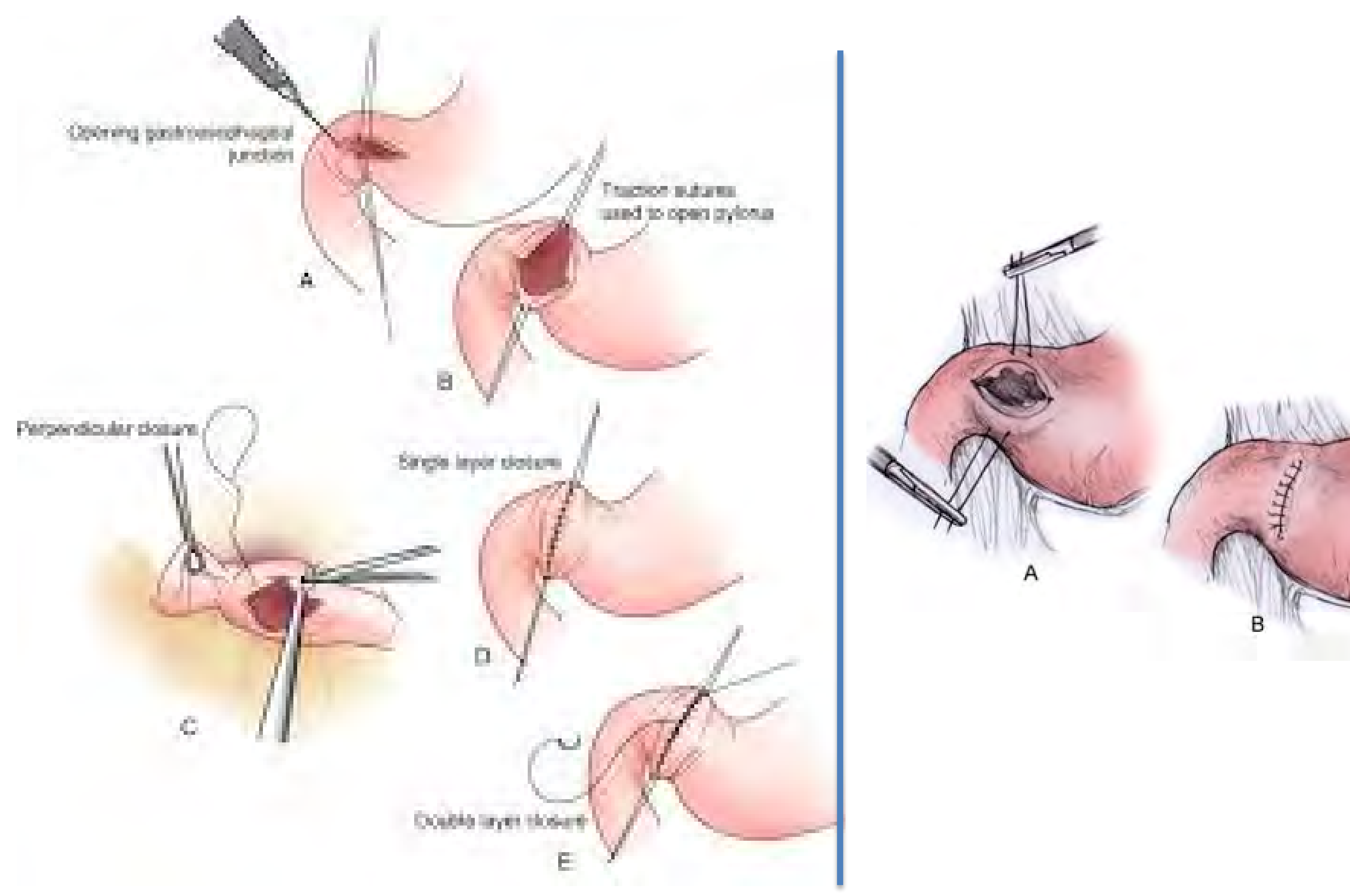
- Procédures de drainage
  - Dragstedt : 1/3 des pts post vagotomie présentaient No, Vo, distention gastrique.
  - 2 types:
    - Pyloroplastie :
      - Heineke-Mikulicz.
      - Finney
      - Jaboulay
    - Gastro-jejunostomie.



Pyloroplastie type Finney



Pyloroplastie type heineke Mikulicz



Sténose
Traitement

Indications

Dilatation endoscopique

- **80 % de réussite**

Chirurgicale

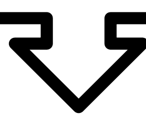
En cas d'échec de la méthode de dilatation

Cancer

- transformation cancéreuse sur les berges d'un ulcère gastrique initialement bénin est faible → 2%
- gastrite chronique atrophiante multi-focale (d'infection par H. pylori) → condition pré-cancéreuse
- a séquence bien connue : gastrite aiguë / atrophie / métaplasie / dysplasie / cancer invasif.

Cancer

Le risque de cancer ne concerne que les ulcères gastriques



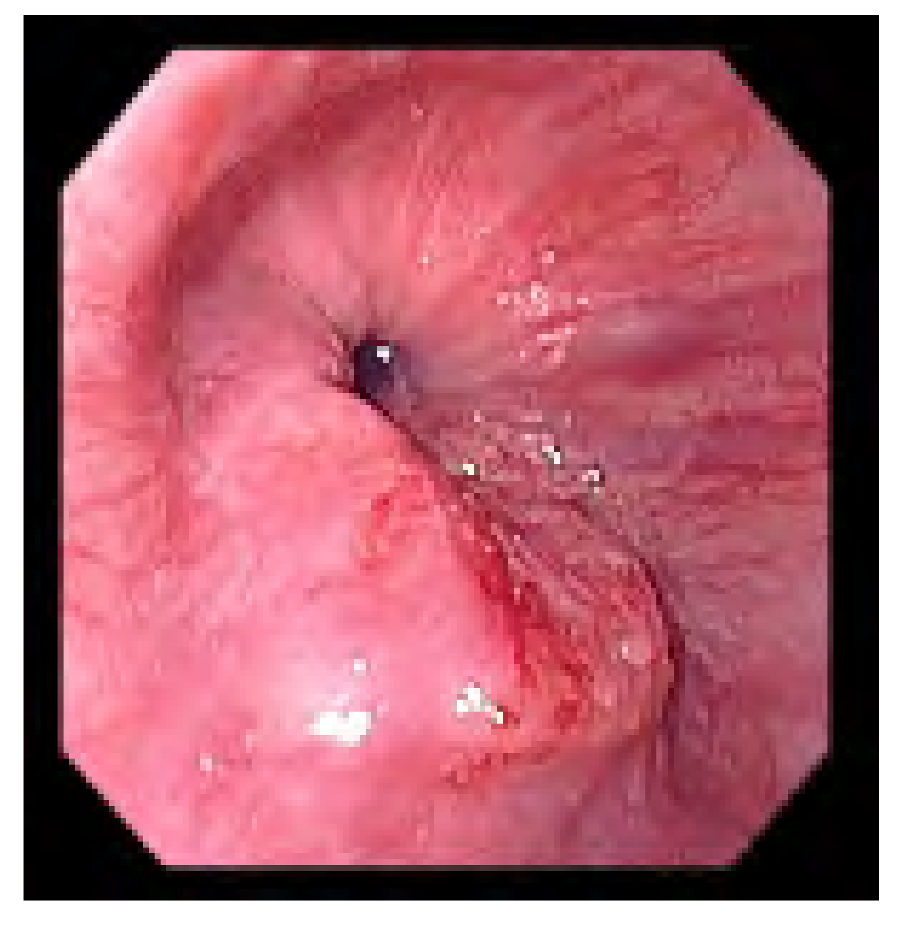
- biopsies systématiques sur les berges ulcéreuses et à distance de l'ulcère gastrique
- refaire une gastroscopie à distance environ 4 à 8 semaines après pour confirmer la guérison et refaire des biopsies.

Aspect endoscopique









Cancer
Traitement

Objectifs

- ❑Résection carcinologique de la tumeur : gastréctomie + curage ganglionnaire
- ❑ Rétablissement de la continuité digestive
- ❑Assurer le meilleur confort au malade
- ❑Éviter les récidives
- ❑Éviter et traiter les complications

Cancer
Traitement

Méthodes

Médicale

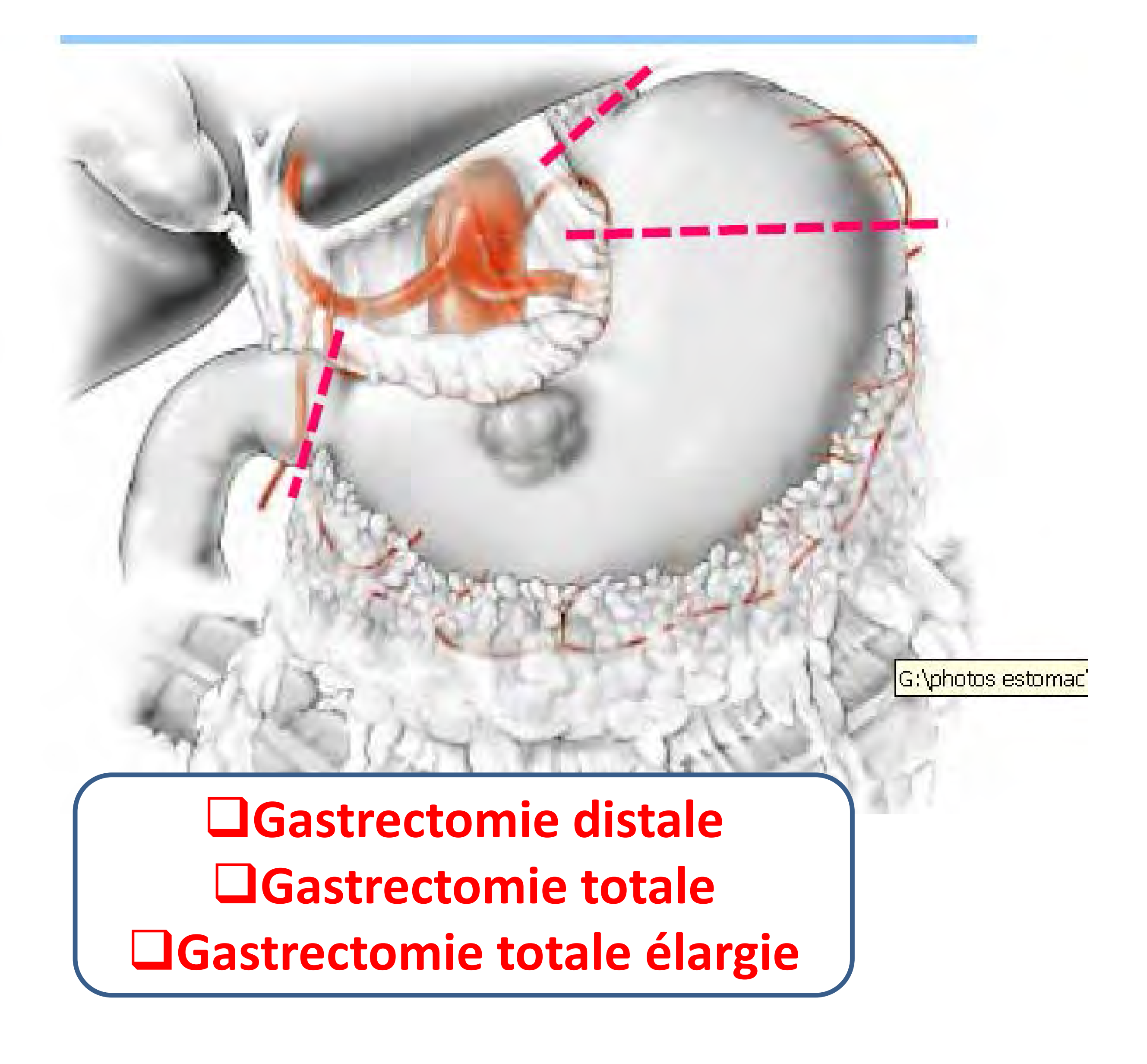
- Chimiothérapie
- Thérapie ciblée

endoscopique

- Mucosectomie endoscopique
- Traitement endoscopique palliatif : prothèse , destruction au laser /argon

Chirurgicale

- Gastrectomie des 4/5 + anastomose gastro jéjunale
- Gastrectomie totale +anastomose oeso jéjunale



- **Gastrectomie distale**
- **Gastrectomie totale**
- **Gastrectomie totale élargie**

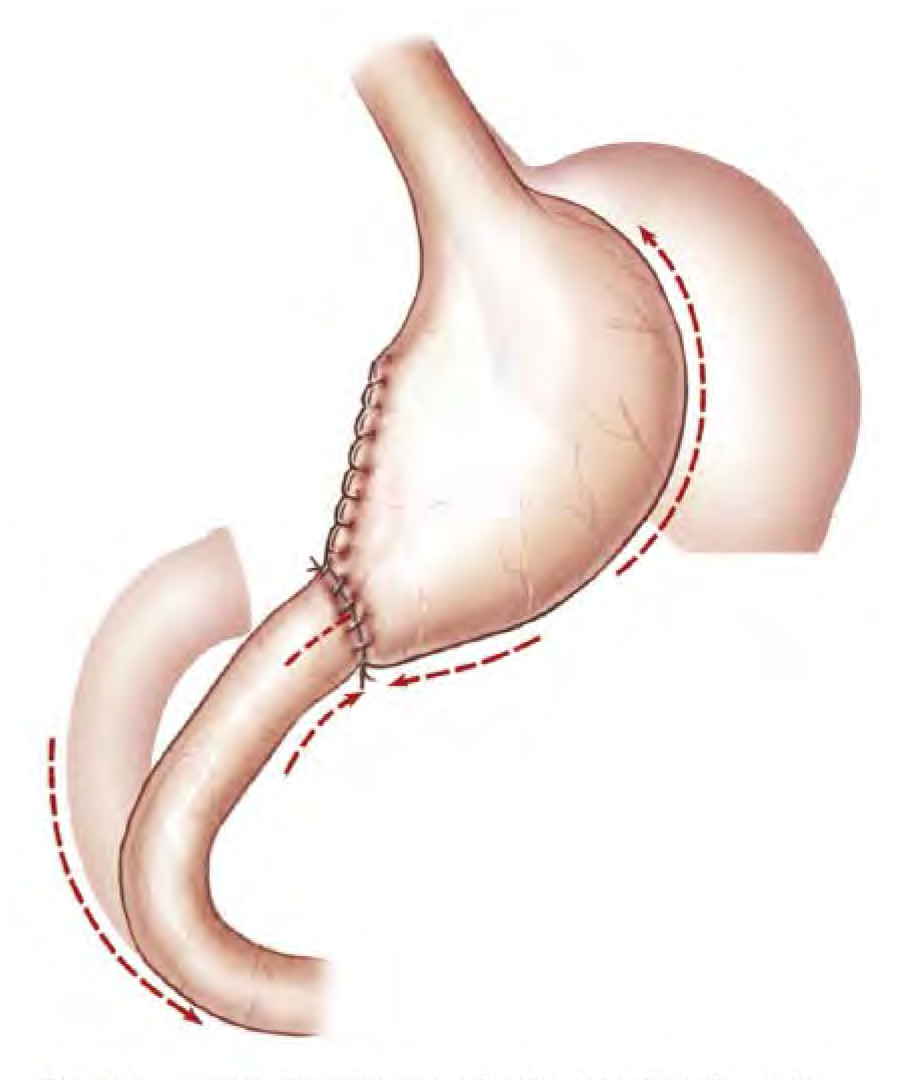


Figure 1. Anastomose gastroduodénale manuelle selon Péan.

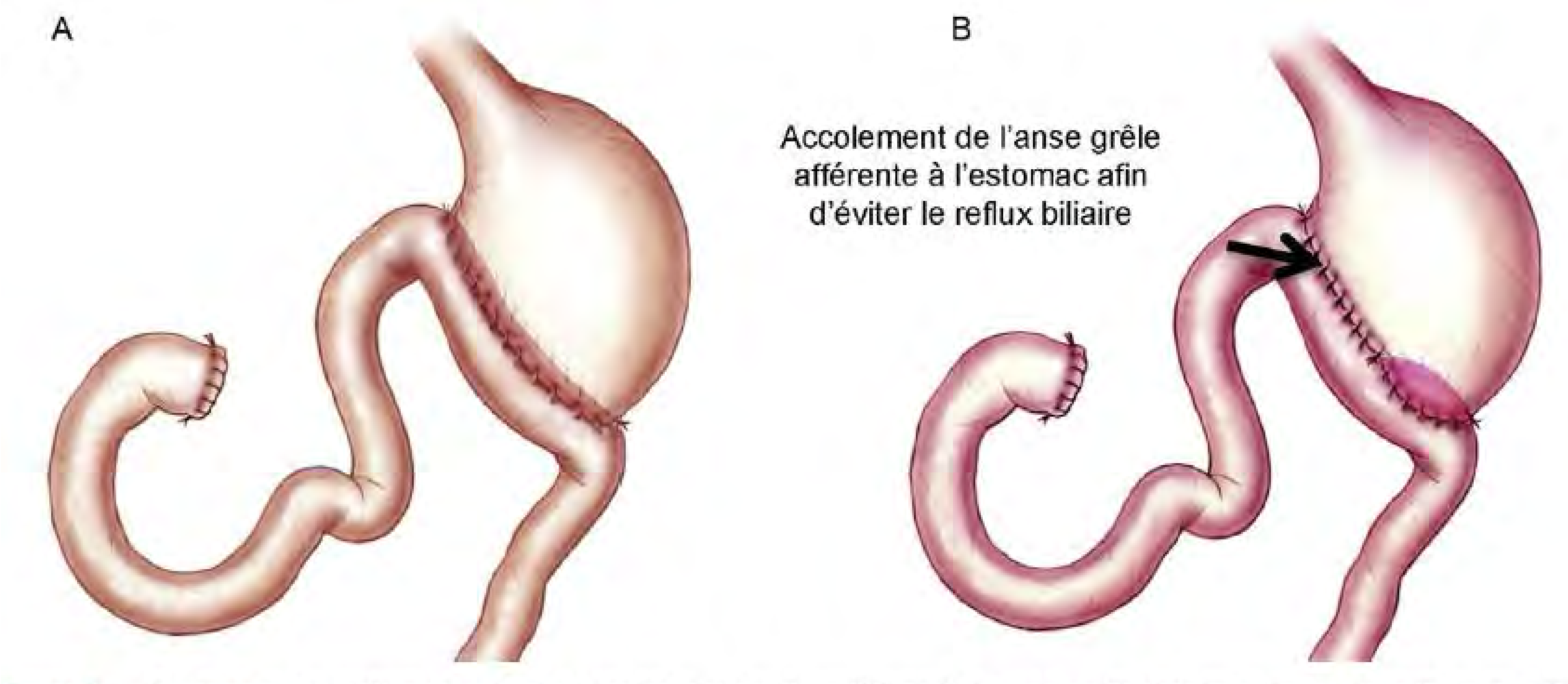


Figure 2. Anastomose gastrojéjunale. A. Sur toute la tranche gastrique (Polya). B. Sur une partie de la tranche gastrique (Finsterer) [1].

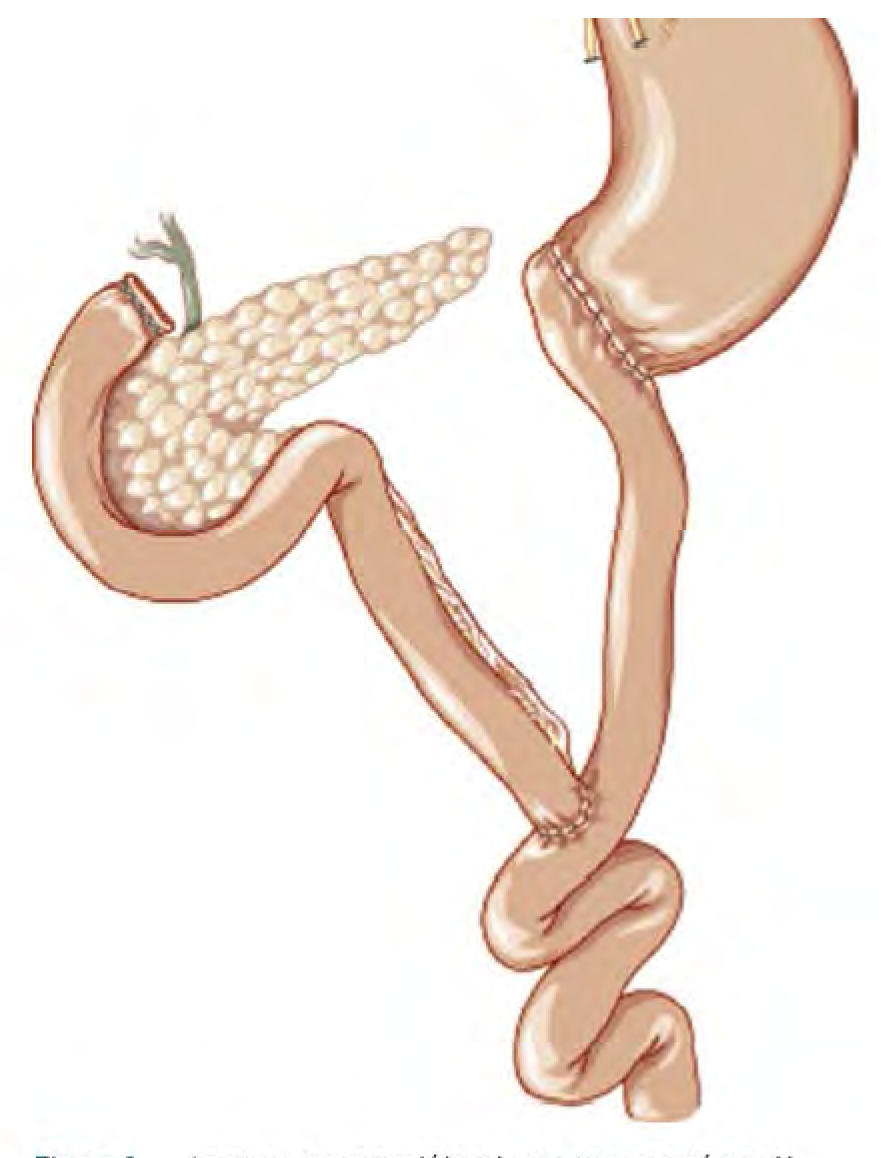
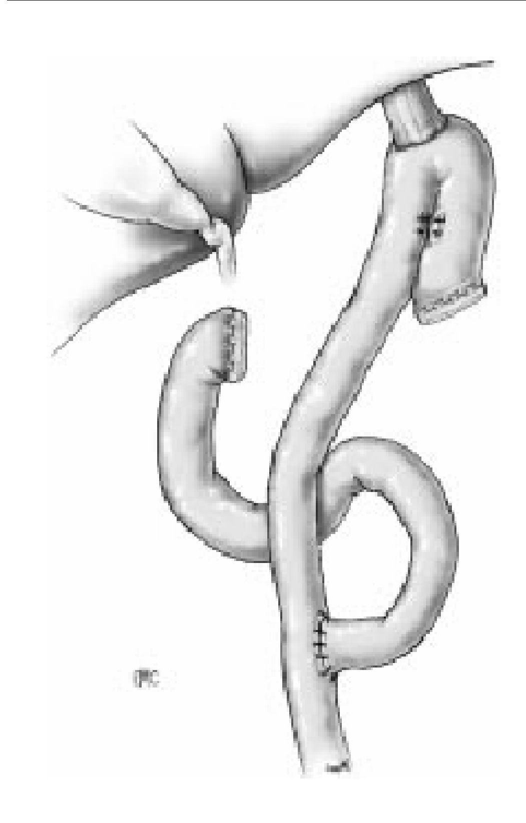


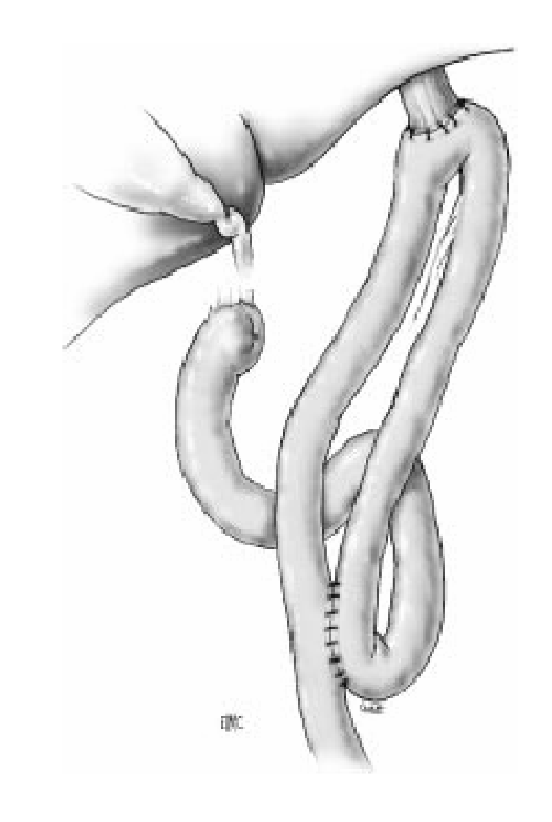
Figure 3. Anastomose gastrojéjunale sur anse montée en Y.

Rétablissements de la continuité digestive

➢ **Après gastrectomie totale:**







Anse en oméga